

Теоретические и практические аспекты медицинской науки

стгипоксическим синдромом может трансформироваться в патологию со срывом и дисфункцией в жизненно-важных органах и систем. Ведущим патологическим фактором при этом является гипоксия, которая обуславливает мембрано-патологические процессы в различных системах и органах. Изучен метаболический статус у 25 новорожденных с гипоксией в анамнезе с использованием аппарата KONE (аналитические системы t⁰AnalyticalSystems) 2002. Развитие пролонгированной неонатальной гипербилирубинемии (таблица) в сочетании с умеренным увеличением печеночных ферментов, выраженное увеличением щелочной фосфатазы, указывает на тенденцию к развитию холестатической желтухи, что на фоне внутриутробной гипоксии может быть связано с незрелостью ферментных систем печени и задержкой постнатального созревания желчных протоков и их дифференцировки. Повышение уровня холестерина обычно сочетается с гипотиреозом, что настораживает в связи со сложившейся йоддефицитной экологической ситуацией. Фосфор в свою очередь, играет существенную роль в миелинизации нервных воло-

кон, а постгипоксическое снижение уровня фосфора имеет определенное место в углублении неврологической симптоматики у наблюдаемых нами больных. Сложившаяся гипофосфатемия с тенденцией к снижению указывает на ограничение участия фосфора в синтезе белка и уменьшения в составе АТФ. Гипофосфатемия сочетается со снижением уровня белка в сыворотке крови. Эти особенности взаимосвязи гипербилирубинемии и гипофосфатемии при гипоксических осложнениях у новорожденных надо учитывать при дифференциальной диагностике неврологической симптоматики периода адаптации новорожденных. Снижение уровня белка, в свою очередь, способствует высвобождению и накоплению токсичного непрямого билирубина и длительному сохранению пролонгированной неонатальной гипербилирубинемии с нарастанием неврологической симптоматики билирубиновой энцефалопатией. Эти изменения могут быть выявлены на доклинической стадии заболевания, как фактор риска и поэтому могут служить чувствительным маркером предрасположенности к мембранной патологии.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФАГОЦИТАРНОЙ АКТИВНОСТИ ЭОЗИНОФИЛЬНЫХ ГРАНУЛОЦИТОВ КРОВИ ПРИ ВЕРИФИКАЦИИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Белашова О.В.

Научный руководитель: профессор Колоскова Е.К.
Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней
(Заведующий кафедрой профессор Колоскова Е.К.)
Буковинский государственный медицинский университет,
Черновцы, Украина

Цель исследования. Изучение диагностической ценности показателей фагоцитарной активности эозинофильных гранулоцитов периферической крови при атопическом фенотипе бронхиальной астмы (БА) детского возраста. **Материал и методы исследования.** Для достижения поставленной цели сформированы две клинические группы. Первую (I) группу составили 19 детей с атопической бронхиальной астмой (БА) (наличие положительного аллергологического собственного и/или семейного анамнеза), во II клиническую группу вошли 17 пациентов с диагнозом БА без признаков атопии. По основным характеристикам группы были сопоставимы. Исследование фагоцитарной активности (ФА) и фагоцитарного числа (ФЧ) эозинофилов крови проводили по методу Мосягиной Е.Н. Полученные результаты анализировали с помощью методов биостатистики и клинической эпидемиологии. Между группами сравнения обнаружены статистически достоверные различия по показателям

фагоцитарной активности эозинофильных лейкоцитов крови. У детей с фенотипом атопической БА показатели ФА и ФЧ эозинофилов были достоверно ниже по отношению к больным детям с нетопической БА, что может свидетельствовать о функциональном истощении данных гранулоцитов крови. Комплексное использование результатов изучения фагоцитарной функции эозинофильных гранулоцитов крови, в частности, показателя ФА менее 60% и ФЧ менее 2,0 у.е., обладало удовлетворительными показателями диагностической ценности в верификации атопической БА. Так, чувствительность этого комплексного теста составила -63,3%, специфичность-70%, положительная предсказуемая ценность-74, 5%, отрицательная предсказуемая ценность-56, 8%. Показатели клинко-эпидемиологического риска наличия атопического фенотипа БА были такими: относительный риск-3, 8 [2,1-6,9], соотношение шансов-1, 7 [1,2-2,4], атрибутивный риск - 0,3. **Выводы.** Таким образом, дан-

ный комплексный тест целесообразно использовать для верификации атопического фенотипа

БА детского возраста и совершенствования адресного противовоспалительного лечения.

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМ ГЕМОСТАЗА, ФИБРИНОЛИЗА И ПРОТЕОЛИЗА У ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ НЕВЫНАШИВАНИЯ В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Бербец А.Н., Бурлак Л.Ю., Костиненко С.Ю.

Научный руководитель: профессор Андриец О.А.

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом детской и подростковой гинекологии

(Заведующий кафедрой профессор Андриец О.А.)

Буковинский государственный медицинский университет,

Черновцы, Украина

Проблема невынашивания занимает одно из ведущих мест в современном акушерстве. В последнее время внимание исследователей обращено на изменения в системе свертывания крови у беременных. Диагностика и своевременная коррекция этих изменений существенно повышают шансы на благоприятный исход беременности. **Цель исследования.** Изучить значения показателей системы гемостаза, фибринолиза и протеолиза у беременных с угрозой прерывания в I триместре. **Материалы и методы исследования.** Обследовано 49 пациенток с признаками угрозы прерывания беременности в I триместре. Контрольную группу составили 30 женщин с нормальным течением беременности. Женщины с тяжелой экстрагенитальной патологией, TORCH-инфекциями, истмико-цервикальной недостаточностью, иммунными конфликтами исключались из групп обследования. Признаки угрозы невынашивания (выкидыша) в первом триместре беременности включали: ноющие боли в нижней части живота, мажущие кровянистые выделения из половых путей, ультразвуковые признаки (сегментарные сокращения матки). У беременных изучалось состояние гемостаза, фибринолитической и протеолитической систем крови в 6-8 и 12-13 недель беременности. **Результаты исследования.** Было установлено, что

у беременных с угрозой невынашивания в сроке 12-13 недель время рекальцификации достоверно укорачивается ($95,47 \pm 1,37$ с, в контрольной группе $99,50 \pm 1,03$ с, $p < 0,05$), так же как и протромбиновое время ($18,87 \pm 0,36$ с, в контрольной группе $21,47 \pm 0,44$ с, $p < 0,05$). Суммарная фибринолитическая активность плазмы между группами достоверно не отличалась: в 6-8 недель - $1,32 \pm 0,06 E_{440}/мл/час$ в основной группе, $1,27 \pm 0,04 E_{440}/мл/час$ в контроле, в 12-13 недель - $1,20 \pm 0,05 E_{440}/мл/час$ в основной группе, $1,27 \pm 0,07 E_{440}/мл/час$ в контроле. Однако, у женщин с угрозой выкидыша было обнаружено замедление Хагеман-зависимого фибринолиза: в сроке беременности 6-8 недель лизис сгустка происходил за $32,33 \pm 0,72$ мин (в контрольной группе – за $26,37 \pm 0,59$ мин, $p < 0,05$), в 12-13 недель – за $31,68 \pm 0,68$ мин (в контрольной группе – за $26,17 \pm 0,70$ мин, $p < 0,05$). При изучении системы протеолиза (лизис азоальбумина, азоказеина и азокола) существенных различий между группами обнаружено не было. **Выводы.** Полученные данные указывают на некоторое повышение общего коагуляционного потенциала крови у беременных с угрозой выкидыша в I триместре на фоне снижения активности Хагеман-зависимого фибринолиза.

МИКРОЭКОЛОГИЯ МОЧИ У ДЕВУШЕК С САЛЬПИНГООФОРИТОМ НА ФОНЕ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Боднарюк О.П., Андриец О.А.

Научный руководитель: профессор Андриец О.А.

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом детской и подростковой гинекологии

(Заведующий кафедрой профессор Андриец О.А.)

Буковинский государственный медицинский университет,

Черновцы, Украина

Украина переживает состояние, которое некоторые специалисты характеризуют как «глубокий демографический кризис». На фоне неблагоприятной демографической ситуации чрезвычайного значения приобретают вопросы сохранения и укрепления репродуктивного здоровья, которое

является важным компонентом популяционного здоровья и основной составной национальной медико – демографического развития. Значительные нагрузки испытывает организм девушки в подростковом возрасте когда происходит биологическое развитие, начиная с пубертатного